

Programa de Vales en Base a Proyecto

Bowman Senior Residences LLC

Teléfono (s) _____

229 N Grand Avenue,

Nogales, AZ. 85621

NOGALES HOUSING AUTHORITY

P.O. Box 777 Nogales, AZ 85628

FOR OFFICE USE ONLY

B/R 1 2 3 4 5 6

LETRA DE MOLDE

PRE-SOLICITUD

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL _____

SEXO: MASCULINO FEMENINA

NOMBRE _____

APELLIDO

NOMBRE DE PILA

INICIAL

DOMICILIO _____

DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA (si es diferente) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ ¿UD. Y/O SU ESPOSO(A) TIENEN 62 AÑOS O MÁS? SI NO

ME CLASIFICO COMO: BLANCO AFRO-AMERICANO INDIO-AMERICANO
 HISPANO ORIENTAL ISLEÑO PACIFICO OTRO

INGRESO MENSUAL GLOBAL DE TODAS LAS PERSONAS EN SU HOGAR \$ _____

¿UD. Y/O ESPOSO(A) ES(SON) VETERANO(S) DE EE.UU.? SI NO

¿UD. Y/O ESPOSO(A) ES(SON) MINUSVALIDO(S)? (Opcional) SI NO

¿PADECE DE VISION LIMITADA? (Opcional) SI NO

¿PADECE DE SORDERA? (Opcional) SI NO

SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE LA NATURALEZA DE DESABILIDAD O MINUSVALIDAD

RENTA ACTUAL MENSUAL \$ _____

SI COMPARTE VIVIENDA ANOTE PORCIÓN QUE UD. PAGA? \$ _____

NUMERO DE RECAMARAS EN VIVIENDA ACTUAL? _____

SI COMPARTE VIVIENDA CUANTAS RECAMARAS OCUPA UD.? _____

COMA PUDIERAMOS ACOMODAR MEJOR LAS NECESIDADES EN ESPECIAL DE SU FAMILIA

¿UD. O SU ESPOSO(A) TRABAJA DENTRO DE LA CIUDAD DE NOGALES? SI NO
 SI CONTESTO SI, ANOTE EL NUMERO DEL CODIGO POSTAL DEL LUGAR DE EMPLEO _____

¿SI LE DESALOJA POR ACCIÓN GOBERNAMENTAL, PARTICULAR, O DESASTRE NATURAL? SI NO

¿OCUPA UNA VIVIENDA NO DECOROSA? SI NO

¿ACTUALMENTE ESTA PAGANDO MAS DEL 50% DE SUS INGRESOS MENSUALES EN RENTA? SI NO

¿UD. O ALGUNA PERSONA EN SU HOGAR HA SIDO DIAGNOSTICADO COMO DESAHUCIADO? (Opcional) SI NO

¿UD. HA SIDO ENVIADO RECIENTEMENTE A LA AUTORIDAD DE LA VIVIENDA POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES O EL SERVICIO PROTECTOR DE NIÑOS? SI NO

¿ESTIMA UD. QUE ACTUALMENTE REQUIERE ENTRAMAMIENTO/PREPARACIÓN U OTROS SERVICIOS? SI NO

¿ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA ESTA EN NECESIDAD DE USAR SILLA DE RUEDAS? SI NO

¿TODA SU FAMILIA, INCLUYENDOSE UD. MISMO(A) PUEDE SUBIR UNA ESCALERA AL SEGUNDO PISO DE UN EDIFICIO? (Opcional) SI NO

FUENTE(S) DE INGRESO

¿UD. O ALGUNA PERSONA QUE VIVIRÁ CON UD. TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) FUENTE(S) DE INGRESO?

EMPLEO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL (S.S.I.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ASISTENCIA PÚBLICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PENSIÓN/JUBILACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	BENEFICIOS VETERANOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DESEMPLEO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OTRO(S)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

PERSONAS EN LA FAMILIA

PERSONAS QUE VIVIRAN CON UD. INCLUYENDO SU NIÑO POR NACER (No se incluya Ud. mismo)	RELACIÓN AL JEFE DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

Yo certifico que toda la información en mi pre-solicitud es verdadera y correcta.

Firma X _____

Fecha _____

* IMPORTANTE: Una vez que esté su nombre en la Lista de Espera, su nombre sera eliminado si no reporta cambios de domicilio, ingresos, y familia nueva, u otras condiciones, no contesta nuestra correspondencia o cualquier tipo de comunicación. Es estos casos, le será necesario solicitar nuevamente. *

AVISO: SOLICITANTES PARA VIVIENDA PÚBLICA ESTARAN SUJETOS A INVESTIGACIÓN PENAL Y DE HISTORIALES DE ALQUILER Y CREDITO DURANTE EL PERIODO EN QUE SE TRAMITE SU SOLICITUD.



HOUSING AUTHORITY

ADDENDUM TO PRE-APPLICATION

Additional questions

1. Are you or a member of your household subject to a lifetime registration requirement under a State or Federal sex offender registration program? (yes or no): _____
2. Have you or a member of your family been found to have manufactured or produced methamphetamine on the premises of federally assisted housing? (yes or no) _____

PREGUNTAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

1. Usted o algun miembro de su familia es miembro del programa registro de delincuentes sexuales de por vida ? (si o no) _____
2. Usted o algun miembro de su familia ha sido relacionado y/o culpado en la elaboracion de drogas metanfetaminas dentro de algun programa de vivienda federal? (Si o no) _____

NOGALES HOUSING AUTHORITY

951 N Kitchen St. / P.O. Box 777
Nogales, Az. 85628
(520) 287-4183 / Fax (520) 287-4802

In order to process your application the following original documents are required:

- 1) Marriage license or Divorce decree if applicable.
- 2) Birth certificate **for all family members applying.**
- 3) Social security card **for all members applying.**
- 4) Picture I.D. **for all adult household members (18years and older) applying.** And if Permanent Resident provide Permanent Resident Alien Card and ID.
- 5) Proof of income of **all adult family members (including 18 years and older).**
- 6) Proof of current address (**water, gas or electric bill**).

THANK YOU.



Para procesar su aplicación se requieren los siguientes documentos originales:

- 1) Acta de Matrimonio o Divorcio.
- 2) Acta de Nacimiento **de todos los miembros de familia incluidos en la aplicación.**
- 3) Tarjetas de Seguro Social de **todos los miembros de familia incluidos en la aplicación.**
- 4) Una identificación con foto **de todos los adultos miembros de familia (18 años o mayores) incluidos en la aplicación.** (si son residentes permanentes presentar su tarjeta de residente y una identificación con foto).
- 5) Comprobante de ingresos **de todos los adultos incluidos en la aplicación.** (mayores de **18 años**).
- 6) Un Comprobante de Domicilio Actual (**recibo de luz, agua o gas**).

GRACIAS.

NOGALES HOUSING AUTHORITY

951 N Kitchen St. / P.O. Box 777

Nogales, Az. 85628

(520) 287-4183 / Fax (520) 287-4802

Por favor nombre a los propietarios a los que usted ha rentado los últimos siete años.

1. Nombre del propietario: _____
Teléfono del propietario: _____
Dirección: _____
Fecha de entrada: _____ Fecha de salida: _____
Renta mensual \$ _____ Quedó debiendo renta? Si _____ No _____

2. Nombre del propietario: _____
Teléfono del propietario: _____
Dirección: _____
Fecha de entrada: _____ Fecha de salida: _____
Renta mensual \$ _____ Quedó debiendo renta? Si _____ No _____

3. Nombre del propietario: _____
Teléfono del propietario: _____
Dirección: _____
Fecha de entrada: _____ Fecha de salida: _____
Renta mensual \$ _____ Quedó debiendo renta? Si _____ No _____

4. Nombre del propietario: _____
Teléfono del propietario: _____
Dirección: _____
Fecha de entrada: _____ Fecha de salida: _____
Renta mensual \$ _____ Quedó debiendo renta? Si _____ No _____

Yo _____ autorizo a los propietarios anteriormente nombrados para dar cualquier información requerida por Nogales Housing Authority.

Firma: _____ Fecha: _____

NOGALES HOUSING AUTHORITY

951 N Kitchen St. / P.O. Box 777
Nogales, Az. 85628
(520) 287-4183 / Fax (520) 287-4802

CONTACTO DE EMERGENCIA

Yo _____ autorizo a Nogales Housing Authority para que en caso de emergencia se comuniquen con mi familiar más cercano o amigo.

El nombre y dirección de mi familiar o amigo son:

NOMBRE

TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

NOMBRE

TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

FIRMA: _____ FECHA: _____